

ILEO-PERINEAL FISTULA: RARE LATE COMPLICATION AFTER RECTAL AMPUTATION – CLINICAL CASE

Fistulă ileo-perineală: Complicație tardivă rară după amputația de rect – caz clinic

Andrei Iulian Toader^{1,2}, Călin Pavel Cobelschi^{1,2}, Aurel Mironescu^{1,3}, Alfred Redalf Alain Gheorghiu^{1,2}, Adrian Maier², Andreea Mădălina Toader²

¹ Facultatea de Medicină, Universitatea Transilvania, Brașov, România

² Spitalul Clinic Județean de Urgență, Brașov, România

³ Spitalul Clinic de Copii, Brașov, România

ABSTRACT

Abdominal-perineal rectal amputation retains a well-defined place in the surgical treatment of rectal cancer, despite technical advances. The authors present the case of a 67-year-old patient who developed an entero-perineal fistula involving the last ileal loop, two years after an abdominal-perineal rectal amputation for a radiotreated rectal neoplasm. For surgical treatment of the fistula, right ileo-hemicolectomy with ileo-transverse anastomosis were performed. The fistulous tract is treated by soft field typhoon meshing in the same manner of treating the perineal wound after rectal amputation. The evolution is favorable, with the closure of the perineal wound, 6 weeks after surgery. The peculiarity of the case consists in the way of surgical solution. This case presentation is important due to the rarity of the ileo-perineal fistula after amputation of the rectum, as well as due to the particular way of surgical resolution.

Keywords: rectal amputation, perineal fistula

REZUMAT

Amputația de rect pe cale abdomino-perineală își păstrează un loc bine definit în tratamentul chirurgical al cancerului de rect, în ciuda progreselor tehnice. Autorii prezintă cazul unui pacient, în vârstă de 67 de ani, care a dezvoltat o fistulă entero-perineală interesând ultima ansă ileală, la doi ani după o amputație de rect efectuată pe cale abdomino-perineală, pentru un neoplasm rectal radiotratat. Pentru tratamentul chirurgical al fistulei, se practică ileo-hemicolectomie dreaptă cu ileo-transverso-anastomoză. Traiectul fistulos este tratat prin meșaj cu câmpuri moi într-o manieră similară tratării plăgii perineale după amputația de rect. Evoluția este favorabilă, cu închiderea plăgii perineale la 6 săptămâni de la operație. Particularitatea cazului constă în modul de rezolvare chirurgicală. Prezentarea cazului este importantă datorită rarității fistulei ileo-perineale după amputația de rect, precum și datorită modalității particulare de rezolvare chirurgicală.

Cuvinte cheie: amputație de rect, fistulă perineală

INTRODUCERE

Cancerul colorectal este o suferință frecventă în lume, responsabilă de un număr crescut de decese, iar managementul terapeutic multidisciplinar include chimioterapia, radioterapia, precum și chirurgia (1).

Concepută în anii 1930 de către Ernest Miles, amputația de rect pe cale abdomino-perineală, la ora actuală, este indicată la pacienții cu invazie tumorală a sfincterului, cu disfuncție sau incontinen-

ță sfincteriană primară, cu tumori voluminoase sau slab diferențiate ale rectului inferior, precum și în cazurile în care prezervarea aparatului sfincterian împiedică o rezecție în limite de siguranță oncologică (2).

În ciuda progreselor din ultimii ani (chirurgie laparoscopică, chirurgie robotică, chirurgie endoanală etc.), amputația de rect pe cale abdomino-perineală își păstrează un rol important în arsenalul terapeutic chirurgical al cancerului de rect (2).

Autor de corespondență:
Andrei Iulian Toader
E-mail: toaderandreiulian@gmail.com

Fistula entero-perineală este o complicație de excepție a acestei intervenții chirurgicale și este legată în principal de spațiul „mort” postoperator pelvin. La ora actuală, există multiple procedee chirurgicale de rezolvare a acestui spațiu (sutura primară, utilizarea de lambouri musculare, omentoplastie, meșe sintetice), la care se adaugă testarea unor tehnici noi (utilizare de polimeri, de materiale compozite, de monofibre biodegradabile) (3).

Modalitățile multiple de desființare a acestui spațiu creează dificultăți în alegerea unui procedeu simplu și eficient. Noi propunem utilizarea meșajului plăgii perineale cu câmpuri moi, care sunt suprimate la 4-5 zile postoperator. Metoda este simplă, iar rezultatele sunt bune (4).

Fistula entero-perineală este bine definită clinic și este o suferință care provoacă alterarea calității vieții pacientului (asemănător incontinenței sfincateriene), fapt ce impune efectuarea de studii suplimentare cu elucidarea epidemiologiei, a etiopatogeniei, precum și a unei terapii eficiente.

PREZENTAREA CAZULUI

Datele au fost culese din FOCG a pacientului, din protocolul operator, precum și din buletinul histopatologic. Menționăm faptul că toate intervențiile chirurgicale și internările au avut loc în același serviciu chirurgical.

Prezentăm cazul unui pacient, P.C., în vârstă de 67 de ani, cu dislipidemie, care s-a internat în serviciul nostru (FOCG 19415 din 11.11.2020) pentru dureri perineale și evacuare de material intestinal printr-un orificiu fistulos al plăgii perineale postoperatorii, simptome cu o durată de aproximativ 3 săptămâni înaintea internării. Menționăm că volumul conținutului intestinal exteriorizat la nivel perineal necesită schimbarea pansamentului și a lenjeriei de 5-6 ori pe zi, fapt ce alterează calitatea vieții pacientului.

Din antecedentele personale patologice, menționăm că, pe 28.11.2018, pacientul a suferit o amputație de rect pe cale abdomino-perineală cu anus iliac stâng maturat primar, pentru un adenocarcinom de rect inferior (4 cm de la orificiul anal extern), radiotratat (radioterapie neoadjuvantă).

Pe 08.04.2019, la 5 luni după amputația de rect, pacientul se internează pentru un sindrom subocluziv care răspunde favorabil tratamentului medical: antisecretorii, prokinetice, antialgice, reechilibrare hidro-electrolitică și volemică. De menționat că examinarea endoscopică a tubului digestiv (endoscopie superioară și inferioară), precum și examinarea tomografică (CT torace și abdomen) nu decelează recidivă tumorală sau boală metastatică.

Pe 15.07.2019, la 8 luni de la amputația de rect, pacientul se reinternează pentru tabloul clinic și imagistic al unei ocluzii intestinale. Se intervine chirurgical de urgență și se evidențiază aderențe peritoneale viscero-viscerale interesând ileonul și peritoneul pelvin. Se practică disecția laborioasă a aderențelor, cu eliberarea anșelor intestinale, exceptând ultima anșă ileală imposibil de disecat și de mobilizat din excavația pelvină, motiv pentru care se optează pentru șuntarea obstacolului, efectuând o ileo-transverso-anastomoză latero-laterală. Evoluția postoperatorie a fost favorabilă.

În cursul internării actuale, la examenul clinic se decelează un orificiu fistulos la nivelul plăgii perineale postoperatorii (după amputația de rect pe cale abdomino-perineală) prin care se exteriorizează material intestinal (Fig. 1). Examinările biologice decelează o anemie ușoară (Hb = 11,4 g/dl, Ht = 36%), iar testul PCR de detectare a SARS-CoV-2 este negativ. Markerii tumorali sunt, de asemenea, negativi. Examinarea tomografică a abdomenului și pelvisului, cu substanță de contrast decelează o colecție presacrată fistulizată perineal, interfesier. După o pregătire preoperatorie corespunzătoare, cu diagnosticul de fistulă entero-perineală, se intervine chirurgical în AG cu IOT prin abord median larg. Intraoperator, se constată aderențe peritoneale viscero-viscerale și viscero-parietale, care se lizează. Cecul, apendicele cecal și ultima anșă ileală sunt „căzute” în cavitatea pelvină restantă după amputația de rect și comportă cu pelvisul aderențe foarte strânse, „lemnoase”. Se observă și o stenoză de anastomoză ileo-transversă (lumen sub 2 cm). Disecția laborioasă a aderențelor entero-pelvine evidențiază o fistulă ileo-perineală, orificiul ileal al fistulei fiind situat la 7-8 cm de valva ileo-cecală. Se practică ileo-hemicolectomie dreaptă (Fig. 2), cu respectarea anastomozei ileo-colice stenozate și efectuarea unei alte anastomoze ileo-transverse, mai largă, în aval de prima. Controlul hemostazei, toaleta, drenajul peritoneal și parietorafia anatomică încheie intervenția chirurgicală. Traiectul fistulos perineal, care se deschide la nivelul plăgii perineale, este lavat abundent cu soluții antiseptice și meșat cu câmp moale. Meșa s-a suprimate a 5-a zi postoperator. Evoluția postoperatorie a fost favorabilă sub tratament antibiotic cu spectru larg, antialgic, antisecretor, de reechilibrare hidro-electrolitică și volemică cu HMMM, local. Mobilizarea precoce este urmată de reluarea tranzitului intestinal pentru materii fecale și gaze, a alimentației și a hidratării per os, fapt ce a permis externarea pacientului în a 7-a zi postoperator, cu plaga în curs de vindecare.



FIGURA 1. Orificiu fistulos la nivelul plăgii perineale postoperatorii

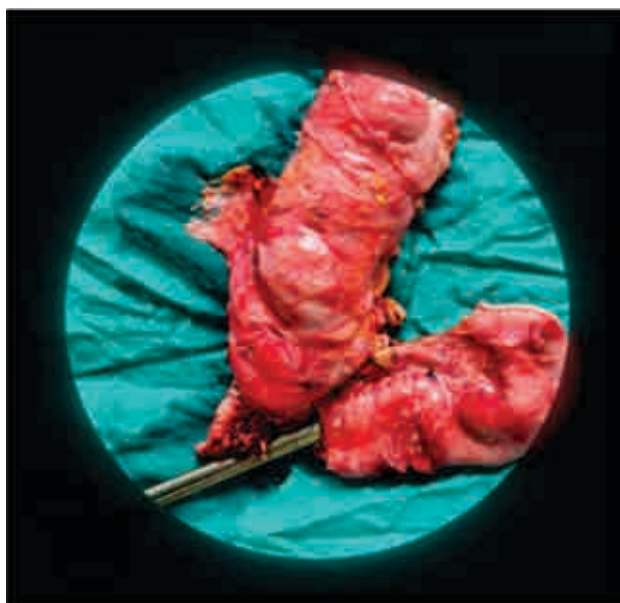


FIGURA 2. Piesa de ileo-hemicolectomie dreaptă cu orificiul fistulos (indicat cu un foarfece)

Postoperator, se constată o scădere semnificativă a volumului de lichid exteriorizat prin orificiul extern al fistulei perineale, fapt ce necesită 1-2 pansamente pe zi. De data aceasta, lichidul este sero-hematic.

Controlul bisăptămânal în ambulatoriul de specialitate identifică închiderea fistulei perineale la 6 săptămâni de la intervenția chirurgicală.

Menționăm că piesa de ileo-hemicolectomie a fost analizată în serviciul de anatomie patologică al Spitalului Clinic Județean de Urgență Brașov, iar examenul microscopic relevă perete de intestin subțire cu traiect fistulos delimitat de țesut de granulație, vase de neoformație și intens infiltrat inflamator cronic limfo-plasmocitar. Nu se constată

elemente de malignitate și nici modificări de entrită radică.

DISCUȚII

Deoarece tehnica amputației de rect nu include nicio anastomoză, fistula digestivă nu este o complicație postoperatorie comună. În apariția acestei complicații, sunt incriminați următorii factori: vârsta, tarele asociate ale pacientului, radioterapia și chimioterapia (5,6).

În cursul amputației de rect pe cale abdomino-perineală, se extirpă rectul, mezopectul, complexul sfincterian și o parte din mușchii ridicători anali, rezultând un cilindru cu o lungime de 10-20 cm și un diametru de 6-8 cm. Acest spațiu „mort” pelvin nu poate fi redus din cauza lipsei de elasticitate a pelvisului osos. Cea mai comună complicație a spațiului „mort” pelvin este angajarea unei anse de intestin subțire cu apariția herniei perineale, cu risc crescut de strangulare și fistulă enterală (3,7,8).

Hernia perineală după rezecția de rect deschisă a fost raportată prima dată în 1939 de Yeomans, iar după amputația de rect laparoscopică, în 2007, de Veenhof (7).

Pentru desființarea acestui spațiu „mort” și evitarea complicațiilor legate de acesta, actualmente, există o serie de proceduri chirurgicale utilizate, după cum urmează: sutură primară, utilizarea de lambouri musculare (ridicători anali, gracilis, gluteus), omentoplastie, utilizarea de materiale sintetice și biologice (3,6).

Multitudinea procedeelor amintite trădează faptul că niciuna dintre ele nu s-a impus ca metodă de elecție. O alternativă demnă de menționat datorită simplității și a rezultatelor bune este meșajul cu câmpuri moi al spațiului „mort” pelvin după amputația de rect și suprimarea meșelor a 4-a sau a 5-a zi postoperator (4). Această tehnică face ca aderențele visceroviscerale postoperatorii să mențină ansele intestinale deasupra pelvisului. Evoluția pacientului prezentat, cu angajarea ultimei anse ileale în pelvis, demonstrează că nici acest procedeu nu este lipsit de riscuri.

Radioterapia neoadjuvantă este un factor de risc pentru fixarea intestinului subțire în pelvis. Pentru diminuarea acestui risc, se preferă ședințele scurte de radioterapie (9).

Enterita radică crește riscul de fistule postoperatorii, dar prezintă modificări microscopice caracteristice de vasculită ocluzivă (depunere de collagen, apariția celulelor spumoase în intimă, depuneri de material hialin (10), elemente care nu se găsesc pe piesa examinată.

Ultima ansă ileală probabil că s-a „așezat“ în cavitatea pelvină (spațiul „mort“) imediat postoperator. Aderențele au apărut și s-au consolidat cu timpul, devenind foarte strânse, „lemnoase“. În condițiile ocluziei intestinale, la 8 luni de la amputația de rect, am considerat mai puțin lipsită de riscuri realizarea unei anastomoze ileo-transverse decât disecția cu orice preț a ansei ileale cu probabilitatea efracției acesteia și contaminarea cavității peritoneale. Lăsat „pe loc“ în cursul intervenției pentru ocluzie intestinală, complexul aderențial ileo-pelvin evoluează spre fistulă ileo-perineală. Prezența fistulei, prin șuntarea conținutului intestinal, probabil că a favorizat stenoza gurii de anastomoză ileo-transversă.

În concordanță cu alte cazuri din literatură (5,7), și în cazul nostru apariția fistulei digestive postoperatorii s-a corelat cu vârsta înaintată, cu tehnica chirurgicală (amputația de rect cu crearea spațiului mort pelvin) și cu radioterapia neoadjuvantă. Principiul terapeutic chirurgical este de rezecție a segmentului intestinal cu orificiul fistulos și refacerea continuității digestive prin anastomoză (5), principiu respectat și de noi.

Anastomoza ileo-transversă, ca modalitate de rezolvare a ocluziei intestinale prin aderență ileo-pelvină, nu a ferit pacientul de apariția fistulei, dar a permis rezolvarea acesteia în condiții electiv, programate și, implicit, cu diminuarea riscului de complicații postoperatorii.

Similar modalității de rezolvare a spațiului mort pelvin după amputația de rect, am utilizat meșajul traiectului fistulos, cu rezultate bune la două luni de la operație.

O altă particularitate o reprezintă faptul că pacientul prezentat a fost tratat, îngrijit și supravegheat

postoperator de către aceeași echipă chirurgicală, fapt ce a facilitat înțelegerea cazului, cât și comunicarea cu pacientul și complianța la tratament.

Importanța prezentării cazului constă în frecvența rară a acestei patologii și a modalității de rezolvare chirurgicală. Tratamentul fistulei entero-perineale după amputația de rect are ca obiective îndepărtarea orificiului fistulos enteral prin ente-rectomie, desființarea traiectului fistulos și restabilirea continuității digestive. Individualizarea tratamentului, adaptat fiecărui caz, este dată de localizarea și extensia rezecției, precum și de modalitatea de rezolvare a traiectului fistulos (în cazul nostru, ileo-hemicolectomie dreaptă cu ileo-transverso-anastomoză și meșajul traiectului fistulos).

CONCLUZII

Fistula entero-perineală este o complicație rară după amputația de rect pe cale abdomino-perineală.

Desființarea spațiului „mort“ pelvin și disecția corectă și completă a aderențelor entero-pelvine atunci când ele sunt prezente ar reprezenta măsuri profilactice eficiente pentru prevenirea fistulei entero-perineale.

Din multitudinea de tehnici descrise în tratarea plăgii perineale după amputația de rect, propunem meșajul lojei rectale cu câmpuri moi, o metodă simplă și puțin utilizată în Occident.

Sunt necesare studii suplimentare pentru descifrarea relației dintre aderențele entero-perineale după amputația de rect și fistula entero-perineală, fapt ce ar conduce spre o codificare mai bună a tratamentului.

BIBLIOGRAFIE

1. Oldani A, Cesana G, Uccelli M, Ciccarese F, Giorgi R, M De Carli S, Villa R, Olmi S. Surgical Outcomes of Rectal Resection: Our 10 Years Experience. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2019 Jun;29(6):820-825.
2. Feig BW, Ching CD. The MD Anderson Surgical Oncology Handbook. Fifth Edition. Philadelphia. Ed. Lippincott Williams & Wilkins. 2012:378-379.
3. Bockova M, Hoch J, Kestlerova A, Amler E. The Dead Space After Extirpation of Rectum. Current Management and Searching for New Materials for Filling. *Physiol Res*. 2019;68:509-515.
4. Toader I, Cobelschi C, Mironescu A, Hogege D, Gheorghiu A, Maier A. Management of Perineal Wound Post Rectal Amputation. Bulletin of the Transilvania University of Brașov Series VI: Medical Sciences. 2017;10:13-18.
5. Coman IS, Coman EV, Florea CG, David OI et al. Recidivă locală și fistule digestive succesive după amputație de rect la un pacient cu boală polichistică hepato-renală în fază avansată – Prezentare de caz. *Chirurgia*. 2020;115:155.
6. Eriksen MH, Bulut O. Chemotherapy-induced enterocutaneous fistula after perineal hernia repair using a biological mesh: a case report. *International Medical Case Reports Journal*. 2014;7:11-13.
7. Tomohiro K, Tsurita G, Yazawa K, Shinozaki M. Ileal strangulation by a secondary perineal hernia after laparoscopic abdominoperineal rectal resection: A case report. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2017;33:107-111.
8. Yasukawa D, Aisu Y, Kimura Y, Takamatsu Y, Kitano T, Hori T. Which Therapeutic Option Is Optimal for Surgery – Related Perineal Hernia After Abdominoperineal Excision in Patients with Advanced Rectal Cancer? A Report of 3 Thought – Provoking Cases. *Am J Case Rep*. 2018;19:663-668.
9. Tang L, Zhao P, Kong D. The risk factors for benign small bowel obstruction following curative resection in patients with rectal cancer. *World J Surg Oncol*. 2018;16:212.
10. O'Reilly M, Mellotte G, Ryan B, O'Connor A. Gastrointestinal side effects of cancer treatments. *Ther Adv Chronic Dis*. 2020;11:1-7.